

.....
(pieczęć zakładu)

OPINIA LEKARZA INTERNISTY

dotycząca uczestnika zajęć Środowiskowego Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko
2. Data urodzenia
3. Rozpoznanie.....
4. O stanie zdrowia pacjenta i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach Domu.....
.....
.....
5. Zmiany skórne
-
6. Wzrost.....
7. Waga.....
8. Czy osoba wymaga regularnego stosowania leków (jakich i jakie dawkowanie?)
-
9. Czy występują schorzenia somatyczne utrudniające codzienne życie?
10. Czy występują ataki padaczki (jeśli tak podać częstotliwość ataków, zwiastuny, okoliczności, datę ostatniego ataku).....
.....
.....
11. Uwagi uzupełniające i zalecenia
-
-
12. Konsultacje specjalistyczne (jakie?)
-
13. Informacje o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie.....
.....
14. Czy stan zdrowia pacjenta pozwala na uczestnictwo w zajęciach grupowych w ŚDS?

TAK

NIE

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)